

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BETEGTÁJÉKOZTATÓ

Alulírott (név) (szül. idő)
kijelentem, hogy dr. (orvos neve) engem, illetve hozzátartozómat
(..... név, szül. idő,
rokonsági fok) az alábbi betegségről, műtéti kezeléséről, invazív beavatkozásról a következők szerint kellő
mértékben és módon tájékoztattott.

LÉZERES GLAUCOMA ELLENES MŰTÉT

1. Az invazív beavatkozás (műtét, vizsgálat) megnevezése:

- A) lézeres iridotomia
- B) lézeres trabeculoplastica
- C) perifériás irisplastica

2. A beavatkozás célja: A magas szemnyomás csökkentése, ill. glaukómás roham kialakulásának megelőzése.

3. A beavatkozás menete, technikája: Iridotomia során az íriszre lézerrel nyílást készítünk. Trabeculoplastica során a csarnokzugban található hálózatos szövetek (trabekuláris hálózat) felépítése változik meg a lézer energiája által okozott gyulladásos folyamatok által. Irisplastica során a lézergócok összehúzzák az írisz gerendáit, így a zárt csarnokzug megnyílik. Beavatkozás ideje alatt kontaktlencse felhelyezése szükséges lehet.

4. A beavatkozás esetleges veszélyei, szövődményei és ezzel kapcsolatos eddigi tapasztalatok: A kezelést átmeneti szemnyomásemelkedés, steril szivárványhártya gyulladás és átmeneti irritáció érzés kísérheti, ezért a lézerkezelést követő napokban fokozott ellenőrzés és kiegészítő szemészeti kezelés (gyulladáscsökkentő szemcsepp használata) szükséges. A lézeres kezelés után a látás néhány órán át homályos a beavatkozáshoz szükséges pupillaszűkítés és a kontaktlencséhez alkalmazott sűrű folyadék miatt. A lézeres szemnyomáscsökkentés a látást nem javítja közvetlenül, hasznos hatása a jó látás hosszú távú megőrzésében van. Sok esetben glaukóma ellenes szemcseppek használata lézerkezelés után is szükséges. A szemnyomáscsökkentő lézerkezelés hatása az esetek egy részében néhány év után csökkenhet.

5. Ezen beavatkozás elmaradásának, elutasításának esetleges veszélyei: Szemnyomás emelkedése, glaukómás roham kialakulása a következményes glaukómás károsodásokkal.

6. Más beavatkozási lehetőségek, alternatívák: Szemnyomás-csökkentő szemcseppek használata, filtrációs műtétek elvégzése.

7. Fentiekkel kapcsolatos kérdéseim és az ezekre kapott válaszok:

8. Egyénre szabott beteg tájékoztatás:

Folytatás a túloldalon!

INVAZÍV BEAVATKOZÁS (MŰTÉT) BELEEGYEZŐ NYILATKOZATA

Kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsék és válasszak a megismert kezelések közül. Tájékoztattak arról, hogy szakszerű, a szakma szabálya szerinti gyógykezelés esetén is előfordulhatnak előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják. Tájékoztattak arról, hogy a kórházi kezelés (kivizsgálás, gyógyszeres kezelés, műtét, egyéb fent részletezett kezelés) elutasítása, a gyógykezelés megszakítása, illetve annak meghatározott vagy meghatározatlan idejű halasztása kockázattal jár.

Megértem és tudomásul veszem azt is, hogy kivizsgálásom és kezelése során tanulónővérek, orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek esetleges jelenléte és közreműködése a képzés és továbbképzés elengedhetetlen velejárója.

Tudomásul veszem, hogy jogom van bármikor a felajánlott kezeléseket elutasítására. Ez esetben a kezelése során, a visszautasítás kapcsán jelentkező következményekért, szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a javaslatát, kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

Ezen nyilatkozat aláírásával

*beleegyezem és kérem **

*nem egyezem bele és nem kérem **

a fenti beavatkozás elvégzését.

Nyilatkozatomat a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől és befolyástól mentesen adom.

Jelen beleegyező nyilatkozat az **F-B-04.** „Általános beleegyező nyilatkozat” vagy az „Ambuláns kezelőlap” aláírásával együtt érvényes.

Szombathely, 20 év hó nap óra perc

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

*A megfelelő válasz egyértelműen (aláhúzás, bekarikázás) jelölendő.